

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zgłaszamy chęć przystąpienia do pilotażowego „Programu DTP” dla Aptek, realizowanego przez GSK Services sp. z o.o. w celu poprawy dostępności dla Pacjentów wybranych produktów leczniczych.

<p>Apteka - odbiorca produktów</p>	<p>(pełna nazwa apteki) .....</p> <p>(ul.) .....</p> <p>(kod pocztowy) <input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (miejscowość) .....</p>
<p>Płatnik – odbiorca faktury</p>	<p>(pełna nazwa płatnika) .....</p> <p>(ul.) .....</p> <p>(kod pocztowy) <input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (miejscowość) .....</p> <p><b>(NIP)</b> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>Dane kontaktowe - dot. spraw handlowych, oraz decyzji o wstrzymaniu/wycofaniu z obrotu</p>	<p>(Tel) <input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(Fax) <input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(Tel. Kom) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>(e-mail) ..... @ .....</p>
<p>Osoby kontaktowe</p>	<p>1. ....(upoważnione do składania zamówień)</p> <p>2. ....(upoważnione do składania zamówień)</p> <p>3. .... (w sprawach finansowych)</p>
<p><b>GODZINY OTWARCIA</b> / od poniedziałku do piątku/</p>	<p><b>w godzinach od.....do.....</b></p>

**Wymagane załączniki do formularza zgłoszeniowego (kopie):**

1. Zezwolenie na prowadzenie apteki (tekst jednolity)
2. KRS (nie starszy niż 6-miesięczny) lub wpis do ewidencji działalności gospodarczej
3. Dokument nadania NIP-u.

**Oświadczam, że zapoznałem się z REGULAMINEM „Programu DTP” dla Aptek dostępnym na stronie internetowej, pod adresem [www.gsk.com.pl/dtp/dtp.html](http://www.gsk.com.pl/dtp/dtp.html)**

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby upoważnionej do podejmowania zobowiązań w imieniu apteki

Oryginał formularza wraz z Załącznikami prosimy odesłać pocztą na adres GSK Services z dopiskiem „DTP”, kontakt z działem handlowym pod nr tel. 0-61 860 1121